

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N° 12

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Manuel BEYRA Y ALEMANY

Né le 23 Avril 1909, à CAMAGUEY (Cuba)

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Manuel BEYRA Y ALEMANY

Né le 23 Avril 1909, à CAMAGUEY (Cuba)

LA FIÈVRE SYPHILITIQUE CHEZ L'ENFANT

Président : M. LEREBoullet, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-
	LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET
	BEZANÇON.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	N...
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
BÉNARD Henri Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BOULIN Pathologie médicale.	HAGUENAU ... Pathologie médicale.
BULLIARD Histologie.	HALPHEN ... Oto-rhino-laryngologie
CATHALA Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
DOGNON Physique.	JOANNON Hygiène.
FEY Urologie.	LABBE Henri... Chimie biologique.
GALLIARD Parasitologie.	LACOMME Obstétrique.
GASTINEL Bactériologie.	LANTUEJOL .. Obstétrique.
DE GAUDART	LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.	

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE.....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.	
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN ...		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
VALLERY-RADOT	}	
(Pasteur).		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale	
BROCC		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER .		
MOCQUOT		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER		
EGALLE.....	} Clinique obstétricale.	
GUENIOT		
LE LORIER....		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE

En remerciements pour les sacrifices
que mes études leur ont imposés.

Que cette Thèse soit le témoignage
de mon profond amour filial.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. LEREBoullet,

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur d'Hygiène et de Clinique
de la Première Enfance
Médecin de l'Hospice des Enfants Assistés
Officier de la Légion d'Honneur*

Qu'il veuille bien trouver ici l'hom-
mage de notre respectueuse gratitude
pour l'honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette Thèse.

A MON MAÎTRE
MONSIEUR LE DOCTEUR RIBADEAU-DUMAS
Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré ce travail et a bien voulu nous aider de ses conseils. En témoignage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

Médecin des Hôpitaux de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui fut pour nous le plus bienveillant des maîtres. Hommage respectueux de notre vive gratitude.

La Fièvre Syphilitique chez l'Enfant

Historique

L'existence du symptôme fièvre au cours de la syphilis paraît avoir attiré l'attention des premiers syphiligraphes qui, dès le ^{xv}^e siècle et au cours des siècles suivants, donnèrent les premières études cliniques de cette maladie. La fièvre syphilitique n'avait pas échappé à la sagacité des premiers narrateurs de cette maladie « nouvelle et inconnue » qu'ils observaient à son berceau. Déjà, Nicolas LÉONICÈNE, en 1497, ne la niait pas lorsqu'il disait : « C'est une règle presque générale que les malades affectés du « mal français » sont exempts de réaction fébrile ; si la *fièvre* se montre en quelques occasions, elle est toujours si faible qu'ils en ont à peine conscience ».

Le célèbre botaniste MATHIOLE (de Sienne) qui, s'il faut en croire KURT SPRENGEL, administra le premier le mercure à l'intérieur, dit dans un mémoire sur le « mal français », que la forme bilieuse de cette maladie s'accompagne d'une « petite *fièvre*, soit du mode *tierce*, soit du mode *étique* ».

Vers 1798, SWEDAUR écrivait dans son traité de syphilis : « Avant que le virus syphilitique existant dans le système du corps, produise des éruptions ou autres effets nuisibles, les malades tombent souvent dans des abattements et des langueurs extraordinaires. Outre ces symptômes, les malades éprouvent souvent de la faiblesse et de la lassitude, non seulement pendant le

jour, mais plus spécialement le matin lorsqu'ils se lèvent. Le sommeil ni le lit ne leur procurent aucun repos, aucun rafraîchissement. Ils sont atteints d'une fièvre de l'espèce lente, avec un pouls faible et accéléré, les yeux enfoncés, le cercle de l'orbite livide... »

Mais il faut arriver à GUNTZ et à FOURNIER pour voir une étude méthodique et scientifique.

C'est FOURNIER qui, le premier, dans son *Traité*, consacra un chapitre spécial à la fièvre syphilitique qu'il constata et étudia d'une manière systématique à l'hôpital de Lourcine.

Il s'appliqua à ruiner le dogme de la syphilis maladie apyrétique et démontra qu'elle peut au contraire être l'occasion fréquente d'accidents fébriles variés, à la fois comme intensité et comme durée.

Il démontra le premier la coïncidence de l'état fébrile et des éruptions et en même temps l'absence de tout autre état morbide intercurrent auquel on puisse rattacher cette fébrilité. Il prouva ensuite que ces accidents fébriles ne sont pas toujours symptomatiques des troubles fonctionnels ou des lésions qui les provoquent ; mais, bien au contraire, ils peuvent être la manifestation unique essentielle de l'infection et c'est ainsi que le premier il isola une fièvre syphilitique essentielle. Enfin et surtout, il démontra l'efficacité du traitement spécifique à combattre et à juguler cette fièvre.

De nos jours, la question de la syphilis fébrile a été étudiée par nombre d'auteurs et, à la notion de fièvre au cours de la syphilis secondaire étudiée par FOURNIER, se sont ajoutés de nouveaux faits tendant à démontrer l'existence de cette pyrexie au cours des autres périodes de la maladie.

Etat actuel de la question

A la suite des travaux de FOURNIER on accepta pendant de très nombreuses années, que la fièvre syphilitique s'observe exclusivement à la période secondaire de la syphilis. Cette fièvre, pour la plupart des classiques, semblait être en effet la caractéristique de la période de généralisation et en particulier, elle accompagnait l'apparition des roséoles, des syphilides papuleuses et des plaques muqueuses.

Actuellement, des séries d'observations attentives permettent d'affirmer que la période contemporaine du chancre peut donner lieu aussi à des mouvements fébriles. Il ne s'agit pas là de fièvre causée par une infection secondaire ou collatérale. Cette fièvre-là n'est qu'un des phénomènes liés à l'infection secondaire des chancres ; elle doit être contrôlée soigneusement et écartée de toute statistique.

Mais, en dehors de ces sortes de fièvres qui ne sont pas dues exclusivement à la pénétration et à l'activité du tréponème dans l'économie, une observation attentive a permis de constater à l'époque du chancre une fièvre, légère à la vérité, mais qui n'en est pas moins digne d'intérêt puisque dans ces cas, elle est due à l'unique présence du tréponème.

MILIAN et MOUQUIN ont publié des résultats qui, sans faire admettre la fièvre comme étant de règle à l'époque du chancre, permettent de ne pas la considérer comme exceptionnelle. Sur 21 malades observés à cette période, ils ont pu noter 4 réactions fébriles qui doi-

vent être uniquement attribuées à l'infection syphilitique.

Or, ces deux périodes de la syphilis ne sont pas les seules capables de s'accompagner d'hyperthermie. Cette dernière peut se rencontrer souvent aux stades tardifs. Cette notion est d'une importance capitale car si aux deux premières périodes on peut rattacher sans peine la fièvre à sa véritable cause, plus tard elle évolue en concomitance avec des accidents d'apparence banale et risque d'être méconnue.

Les accidents syphilitiques les plus divers peuvent s'accompagner de fièvre. L'attention y a été attirée ces dernières années et les travaux parus sur les syphilis viscérales fébriles, hépatite syphilitique, etc. — en particulier ceux de WANDERLICH, NIEDEL, ENHRMANN KLEMPERER, EWALD et ceux de notre maître M^r RIBADEAU-DUMAS — sont maintenant trop nombreux pour qu'on puisse douter de l'existence d'une syphilis tertiaire fébrile.

A l'état actuel, la fièvre n'est donc pas considérée comme un patrimoine exclusif d'une période déterminée de la syphilis ; des travaux récents prouvent qu'elle peut exister au contraire, à toutes les périodes.

De nos observations, nous espérons pouvoir conclure qu'elle existe aussi dans la syphilis héréditaire, c'est-à-dire dans la syphilis de l'enfant.

La fièvre syphilitique de l'enfant

A priori, il ne semble pas impossible que des accidents fébriles puissent se produire à l'occasion des rares cas de syphilis acquise de l'enfance. S'ils existent, ils doivent être en tout cas exceptionnels, et nous ne connaissons chez l'enfant qu'un seul cas — celui rapporté par M. GAILLETON, de Lyon — de ces syphilis primaires fébriles, sur une fillette déjà âgée de 15 ans (1).

En pratique, la syphilis infantile se borne presque exclusivement à la syphilis transmise dès avant la naissance par des parents infectés. Et c'est sur cette forme de syphilis que nous croyons avoir observé des manifestations fébriles à l'origine desquelles on trouve le tréponème.

Bien que nous soyons persuadés de l'existence de cette fièvre spécifique chez l'enfant — nous croyons en posséder la preuve dans nos observations — nous tenons à signaler dès maintenant qu'elle ne constitue pas un point d'observation courante. Nous ne prétendons pas voir dans toutes les pyrexies de l'enfant une

(1) Cette jeune fille présentait un accident primaire à la vulve depuis un mois environ. On constata à ce moment une fièvre extrêmement élevée, atteignant $40^{\circ} 1/10^{\circ}$. Aucune affection intercurrente, recherchée avec soin, ne put être relevée. La fièvre persista pendant 28 jours et monta alternativement de $38^{\circ}4$ le matin à 40° le soir. Aucune autre hypothèse ne pouvant être admise, force fut bien d'attribuer la fièvre à l'infection spécifique toute récente de la malade.

manifestation probable de spécificité. A ce sujet, il nous est arrivé souvent de trouver, dans la littérature que nous avons examinée sur cette question, une exagération marquée de la part de ceux qui en ont abordé l'étude.

Nous avons parcouru les services de maîtres expérimentés, à la recherche d'arguments tirés de leur expérience, sans que nous puissions, la plupart du temps, les accorder avec ceux relatés dans quelques-uns de ces travaux.

Il nous a paru juste ainsi de commencer par mettre à sa véritable place cette question avant de la développer.

*
* *

On a décrit deux grands groupes de fièvres syphilitiques, selon qu'elle s'accompagne ou non de localisations viscérales de la syphilis.

Dans le premier groupe on a rangé toutes les pyrexies observées à l'occasion d'atteinte syphilitique des viscères, et l'on a décrit une forme fébrile des syphilis hépatique, nerveuse, splénique, pulmonaire, rénale, etc...

Le deuxième groupe est formé par des cas où aucune manifestation viscérale n'est cliniquement constatable et où la fièvre se trouve être alors le symptôme en apparence unique d'une infection syphilitique préexistante. Ce mode de manifestation, vu par FOURNIER, le premier, et appelé par lui *fièvre essentielle*, n'est décelable que par l'institution d'un traitement spécifique, seul moyen de dénoncer sa véritable nature. Nous possédons des observations de l'un et l'autre groupe chez des enfants.

LA FIÈVRE AU COURS DE LOCALISATIONS VISCÉRALES DE LA SYPHILIS CHEZ L'ENFANT

La fièvre peut se montrer à l'occasion de l'atteinte

syphilitique de tous les organes. Bien qu'il ne soit pas la règle, c'est un fait à retenir et dont il faut tenir souvent compte pour établir un diagnostic certain.

Une pyrexie observée au cours d'une maladie quelconque chez un enfant ne doit pas nous faire écarter a priori la possibilité d'une manifestation syphilitique.

M. PASTEUR-VALLERY-RADOT a rapporté, dans le *Bulletin de la Société de Pédiatrie* du 18 janvier 1927, l'observation d'un enfant atteint de méningite syphilitique avec fièvre qui avait été pris par d'autres médecins comme méningite tuberculeuse et qui, malgré le pronostic fatal qu'on avait porté, guérit grâce à un traitement spécifique institué.

De cette observation, M. PASTEUR-VALLERY-RADOT conclut : « On ne se laissera pas induire en erreur par les *formes fébriles* qui, on le voit ici, ne sont pas uniquement le fait de la méningite tuberculeuse. »

Un fait du même ordre est rapporté dans la thèse de MICHEL, sur un enfant observé par M. BUISSON, de Lyon. Il s'agissait d'un petit malade de dix ans qui avait présenté une pneumopathie unilatérale fébrile. Quelques mois auparavant, cet enfant avait été atteint d'une ulcération chronique de la jambe, qui dura plusieurs semaines avant de se cicatriser. L'affection pulmonaire évolua avec un *cortège fébrile* extrêmement impressionnant qui persista des mois entiers ; en même temps, l'enfant dépérissait, maigrissait, devenait morne et taciturne ; son état général se transforma à tel point qu'il sembla atteint de tuberculose pulmonaire et fut exclu de l'école.

Après avoir essayé en vain plusieurs médicaments, son médecin décida d'instituer un traitement spécifique en se basant sur les stigmates dentaires très nets que présentait l'enfant, ainsi que sur la notion de l'accident ulcéreux traînant de la jambe. L'effet sur la fièvre, que rien jusqu'alors n'avait pu vaincre, fut aussi marqué que rapide. Cette fièvre, qui oscillait depuis des mois entre 37°5 et 40°, tombait dès la troisième injection de Novar, en même temps que tout

rentrait dans l'ordre et que ce petit « tuberculeux » revenait à la santé.

Mais c'est de toute évidence la fièvre concomitante d'accidents spécifiques hépatiques, la catégorie d'accidents viscéraux fébriles les plus riches en observations. C'est aussi celle qui, la première en date, a éveillé l'attention des cliniciens et déjà, dès 1870, WUNDERLICH, le premier, signalait chez l'adulte, l'existence de la fièvre au cours de l'évolution d'une hépatite spécifique tertiaire. C'est sur cette forme de localisation spécifique que nous apportons l'observation d'un enfant chez qui nous avons vu cette atteinte syphilitique s'accompagner de fièvre (Observation N° 1). Dans une observation de MM. Robert DEBRÉ, CODEY et Jean BERTRAND que nous reproduisons, ces auteurs concluent à l'analogie entre l'hérédo-syphilis fébrile du foie de leur malade et le cas de syphilis tertiaire hépatique fébrile de l'adulte (Observation N° 4).

La forme fébrile de la syphilis du foie est avant tout, caractérisée par une fièvre prolongée affectant des types variés, par des modifications de volume du foie et de la rate ; enfin, par son extrême sensibilité au traitement spécifique.

La durée paraît être un des caractères les plus intéressants. Chez notre malade, elle a été de plusieurs mois, mais elle a pu être dans quelques observations, relatées sur cette question, de plusieurs années (6 ans, d'après MICHEL).

Le deuxième caractère essentiel de cette fièvre est sa résistance véritablement opiniâtre à tous les traitements non spécifiques et, par contre, sa subite disparition dès l'institution du traitement antisiphilitique.

Dans ces formes d'hépatites fébriles, la courbe de la température ne présente rien de très caractéristique. Elle est irrégulière comme dans notre observation ou bien affecte le type intermittent, ou encore le type continu, comme dans l'observation de M. Giusepe VERROTTI, que nous reproduisons plus loin (Obs. N° 6).

Le retentissement sur l'état général paraît être aussi

très variable ; certains malades restent indemnes de toute atteinte générale, d'autre au contraire, subissent une profonde dépression et un amaigrissement parfois considérable.

Cette forme de fièvre syphilitique ne paraît pas exceptionnelle au cours de la syphilis héréditaire. Le Professeur Giuseppe VERROTI l'a étudiée sur des malades âgés de 3 à 45 ans, atteints de syphilis congénitale (antécédents spécifiques bien établis, souvent B.-W. +) et il a pu en rapporter une douzaine d'observations. C'est surtout, dit-il, avec la mélitococcie et la tuberculose qu'on a confondu un grand nombre de ces fièvres syphilitiques.

*
**

A côté des fièvres syphilitiques à l'origine desquelles on trouve comme cause une atteinte hépatique ou viscérale quelconque, il existe une fièvre syphilitique dite *essentielle*, dans laquelle on ne peut trouver aucune localisation de la maladie, c'est-à-dire qu'elle évolue ou semble évoluer cliniquement sans aucune altération viscérale concomitante. Alors que dans le premier groupe le diagnostic est facilité, surtout, si l'on y pense, par l'existence des manifestations, même peu appréciables, du tréponème, dans la fièvre syphilitique essentielle il n'y a que le traitement d'épreuve spécifique qui puisse dénoncer sa vraie nature.

FOURNIER décrit trois sortes de fièvres essentielles :

1° Une forme intermittente.

2° Une forme continue.

3° Une forme atypique.

1° LE TYPE INTERMITTENT. — C'est, paraît-il, le type le plus fréquent de la fièvre syphilitique essentielle. Il se caractérise par une série d'accès fébriles très irréguliers, presque toujours quotidiens, souvent nocturnes et séparés par un intervalle d'apyrexie complète. Ils rappellent, de loin, les accès palustres, mais avec une évolution moins complète et moins métho-

dique. Tandis que l'accès palustre se reproduit toujours de la même façon régulière (on a pu dire que c'était un drame classique en 3 actes), l'accès syphilitique est beaucoup moins réglé, moins identique à lui-même dans ses répétitions.

2° LE TYPE CONTINU. — Il est réalisé par un mouvement fébrile qui se prolonge sans rémission pendant plusieurs jours et quelquefois bien au delà. La fièvre est en général modérée, ne dépassant pas 38°5, mais on a pu voir des cas où elle se maintenait entre 39° et 40°.

3° LA FORME ATYPIQUE. — Elle consiste surtout dans un mélange irrégulier des deux formes précédentes, impossible à schématiser. Ce sont des états fébriles qui, d'abord intermittents, deviennent ensuite continus ou réciproquement.

Un caractère commun lie ces trois formes de fièvres syphilitiques essentielles : elles sont habituellement toutes les trois dépouillées des troubles fonctionnels qui accompagnent d'ordinaire les autres pyrexies ; c'est souvent une fièvre purement thermométrique.

FOURNIER a isolé une forme, appelée par lui *typhose syphilitique*, dans laquelle un cortège de symptômes généraux — asthénie, hébétude, torpeur, etc. — rappelle le tableau clinique de la fièvre typhoïde.

D'autre part, M. FINKELSTEIN, dans ce qu'il appelle la « forme septique de la syphilis du nourrisson », décrit, à côté d'une fièvre très élevée, un tableau aigu avec des diarrhées, vomissements, des hémorragies gastro-intestinales, etc. Il s'agirait, d'après lui, d'une véritable « septicémie à tréponème ». (Obs. N° 5.)

M. LIOTARD fait remarquer dans sa thèse l'anémie souvent extrême des malades atteints de syphilis fébrile. Il a remarqué une diminution quelquefois considérable (presque jusqu'à 780.000) du nombre des globules rouges par millimètre cube, ainsi qu'une diminution du taux de l'hémoglobine (jusqu'à 13 % dans une de ses observations) et de la valeur globulaire. Il a remarqué, d'autre part, dans presque toutes ses

observations une leucopénie variant de 4.000 à 7.000 leucocytes par millimètre cube.

Malheureusement, nous n'avons pas pu vérifier ses assertions, notre malade étant partie quelques jours après le diagnostic établi.

Nous donnons plus loin l'observation d'un nourrisson hospitalisé dans le service de M. RIBADEAU-DUMAS, qui présentait une fièvre depuis des semaines comme seul symptôme de maladie (Observation n° 2). Un traitement spécifique institué fit disparaître cette pyrexie en même temps que la baisse de température se maintenait les jours suivants. (Fièvre syphilitique essentielle ? ?)

Pathogénie

COUTAUX se demandait, dans sa thèse (1871) :
« Cette fièvre est-elle bien syphilitique ? Tire-t-elle son origine de la diathèse syphilitique. Est-elle liée d'une manière intime à la présence du principe de la vérole dans l'organisme ? »

Cette fièvre, nous le savons aujourd'hui, est bien due à la présence du tréponème dans l'économie. Le succès souvent étourdissant et quasi instantané du traitement ne permet pas habituellement de douter de l'origine de la fièvre et d'invoquer la possibilité d'infections surajoutées. Mais ce que nous ne savons pas à l'heure actuelle, tout au moins d'une façon certaine, c'est par quel mécanisme le tréponème peut déterminer cette pyrexie.

Il n'est d'ailleurs guère possible, dans l'état actuel de nos connaissances bactériologiques de la syphilis, de savoir si la fièvre observée est due au tréponème lui-même ou à une toxine ; de même, il est difficile de préciser avec certitude l'organe atteint, en admettant qu'une lésion viscérale soit responsable de l'hyperthermie.

Le système nerveux doit, pour une part, être rendu responsable de la température. Ch. RICHET affirme (1884) que la piqûre de la région antérieure du cerveau donne au lapin une fièvre marquée. ARONSOHN et SACHS admettent une zone hyperthermisante s'échelonnant du bord inférieur des corps striés jusqu'à la face inférieure du cerveau ; ils indiquent six points

thermorégulateurs. LESHKE situe par de nouvelles expériences le centre thermique dans le corps cendré, GREVING dans le noyau de tuber-cinérium.

Mais par quel mécanisme le tréponème arriverait-il à troubler ces divers centres thermiques ? La réponse à cette question paraît à l'heure actuelle très difficile et nous en sommes réduits aux hypothèses.

D'autre part, le foie est considéré lui aussi comme hyperthermisant par des savants tels que d'ARSONVAL, LÉPINE, LEFÈVRE. Le foie, selon KAUFMANN, produirait à lui seul plus de 40 % de la chaleur dans la fièvre.

M. ROCHE se demande (*Revue de Médecine de la Suisse Normande*) si l'infection syphilitique n'exciterait pas le parenchyme hépatique dans ce rôle de producteur de chaleur ?

M. RIBADEAU-DUMAS invoque une réaction inflammatoire due au tréponème. Il écrit, dans les *Annales de Maladies Vénériennes*, janv. 1908 : « Au moment où la syphilis paraît agir comme une infection généralisée essayant son agent spécifique dans tous les organes avec des prédominances variables, il est vraisemblable que le foie, touché dans son fonctionnement normal ainsi que le prouvent les intéressantes recherches de PATOIR, cherche à se débarrasser de ces germes infectieux, en les excréant par les voies biliaires. Ce travail d'élimination ne peut se faire sans une certaine *réaction inflammatoire*, que nous voyons chez l'hérédo-syphilitique... »

Il faut encore citer ici les glandes endocrines. Nous ne pouvons indiquer les très nombreux travaux physiologiques qui tendent à montrer que le système adrénalino-thyroïdien contrôle la température. Tout récemment, CUSHING a mis en cause l'hypophyse ; on ne saurait oublier ici les liens étroits qui unissent la glande pituitaire et le tuber-sinérium : les données neurologiques et glandulaires ici se confondent.

Diagnostic et traitement

Le diagnostic de fièvre syphilitique doit en pratique se poser uniquement — du moins nous le croyons ainsi — quand, en présence d'une pyrexie, on n'arrive pas à trouver la cause qui l'explique.

Sans doute l'attention y sera attirée inconsciemment lorsqu'on examinera un enfant hérédospécifique en état d'hyperthermie, mais le terrain à lui seul ne suffirait pas — et cela se comprend facilement — à imposer le diagnostic de fièvre syphilitique. Un hérédospécifique peut en effet, tout comme un autre enfant non syphilitique, faire une infection rhinopharyngée, une otite, etc...

Le diagnostic de fièvre syphilitique doit être seulement posé quand toutes les recherches cliniques et de laboratoire sont restées négatives : lorsqu'on ne trouve rien aux poumons, rien aux oreilles, rien au rhinopharynx, etc. ; quand la cuti-réaction à la tuberculine est négative, quand lesensemencements du nez et de la gorge sont négatifs, quand l'examen des urines ne décèle rien d'anormal.

Une fois cette origine syphilitique de la fièvre supposée, il faut encore qu'un traitement spécifique instauré fasse sa preuve avant de pouvoir conclure à la nature syphilitique de la fièvre.

Le nombre restreint de nos observations ne nous permet pas de parler des résultats des différentes médications qu'on peut opposer à la fièvre syphilitique.

Nous nous sommes servi pour nos malades de frictions mercurielles, du lactate de mercure ou du sulfarsénol. Tout ce que nous croyons pouvoir affirmer à ce sujet c'est que la fièvre n'a vraiment disparu que lorsque nous avons substitué au traitement mercuriel le traitement par le sulfarsénol.

Observations

OBSERVATION N° 1 (*Personnelle*)

L'enfant C... est amené de Saint-Maurice, dans le service de M. Ribadeau-Dumas, le 24 Novembre 1932. Depuis un mois, elle présente des oscillations de température qui, de 36° le matin, monte à 38°5 et même 39° le soir.

C'est la première fois que cette enfant vient dans le service. Il s'agit d'une fillette âgée de 8 mois, taille 65 centimètres, et pesant 6 kg. 600.

On ne trouve dans ses antécédents aucune maladie. Née à terme, elle pesait 3 kg. 200 à sa naissance ; elle a été nourrie au lait de vache, puis lait de vache et bouillies. Aux dires de sa mère, l'accouchement se serait passé d'une façon normale. Par ailleurs, la mère (dont c'est le seul enfant) est bien portante ; elle n'a jamais eu de fausses couches. Autres antécédents sans importance.

A l'examen, on se trouve en présence d'un enfant légèrement hypotrophique.

Les examens pulmonaire et urinaire restent tous deux négatifs. Pas de diarrhée ni vomissement. Rien aux oreilles. La cuti-réaction à la tuberculine est négative. Prélèvements du nez et de la gorge = 0.

La seule chose qu'on arrive à constater à cette époque, à côté de la fièvre, c'est une hypertrophie très marquée de la rate et du foie.

Bien que le B.-W. et le Hecht soient restés négatifs, un traitement par les frictions mercurielles est institué en se basant pour cela sur l'état de légère hypotrophie de l'enfant et sur cette hypertrophie marquée de la rate et du foie.

Quinze frictions mercurielles sont ainsi administrées sans que la courbe de la température soit notablement modifiée. Un jour elle va descendre de 38° à 37°, mais le lendemain elle

reprendra 39°, ou elle restera deux jours encore pour redescendre ensuite, et cela pendant les quinze jours de traitement.

Le poids subit également des oscillations qui le font rester, au bout de quinze jours, ce qu'il était quand l'enfant est entrée dans le service.

Il semble pourtant que ces frictions ne soient pas restées tout à fait inefficaces vis-à-vis de la température, puisque, à partir du 14^e jour, les crochets à 39° sont remplacés par des crochets moins élevés et la température va osciller entre 36°7 et 37°8, 38° durant les cinq jours suivants.

Pendant tout ce temps, les oreilles, le nez et la gorge sont constamment surveillés.

Le 14 décembre (20 jours après l'admission), un traitement par le sulfar est institué. L'enfant reçoit une piqûre (0 gr. 04) tous les trois jours et c'est alors que les courbes de température et de poids sont complètement transformées. Tandis que celle-ci monte d'une moyenne de 20 grammes par jour (l'enfant passe de 6 kg. 650 le 18 décembre à 7 kg. le 2 janvier 1933), la première descend progressivement, et au bout de la quatrième piqûre de sulfar (0 gr. 06) la température devenait normale et s'y maintenait pendant la semaine que l'enfant passa encore à l'hôpital.

Nous reverrons encore deux fois cet enfant avant de porter notre diagnostic de fièvre syphilitique. Elle a fait d'abord un séjour de 13 jours à l'hôpital (du 1^{er} au 13 juillet 1933) pour une otite accompagnée de broncho-pneumonie. La cuti-réaction était toujours restée négative.

Au séjour suivant, le 12 novembre, un an après sa première admission, l'enfant entre dans des conditions à peu près semblables à celles de son premier séjour : une fièvre inexpliquée se maintient depuis une semaine, oscillant entre 38° et 40°.

Cette fillette est maintenant âgée de 20 mois ; taille : 78 centimètres. et pèse 9 kg. 600. Son état général est médiocre.

On n'a fait aucun traitement spécifique pendant tout ce temps et cela pourrait expliquer l'énorme hypertrophie du foie qui arrive presque à l'ombilic ; la rate est également un peu grosse. Comme à notre premier examen, toutes les recherches tant clinique que de laboratoire, restent cette fois négatives. Nez, gorge, oreilles, urines, cuti, rien n'explique cette fièvre qui monte tous les jours à 39° et même 40°. Le 5^e jour pourtant, une paracanthèse pratiquée à l'oreille gauche montre une otite avec otorrhée.

Nous nous attendons de la sorte à voir disparaître ces oscillations thermiques, mais s'il est vrai que les crochets à 40° disparaissent, ils sont vite remplacés par des oscillations journalières à 38°, 38°5, et cela se prolongea pendant deux semaines. De nouvelles perforations du tympan furent effectuées, cette fois sans aucun résultat.

Un traitement par le lactate de Hg fut institué (LXXX gouttes tous les jours pendant 17 jours) et la température, que rien jusqu'alors n'avait influencé, se mit à descendre en lisis. On y associa les injections de sulfar (0 gr. 04, 0 gr. 06, 0 gr. 08) et dès que l'enfant eut reçu 0 gr. 09, la température devint tout à fait normale. Depuis le 20 décembre, jusqu'au 10 février, date du départ de l'enfant du service, la température resta toujours normale, sauf une fois, le 7 janvier, où elle présenta une ascension à 39° dont une paracenthèse donna d'ailleurs l'explication.

L'état général de l'enfant s'était beaucoup amélioré ; elle pesait alors 10 kg. 100 ; son foie avait diminué de volume ainsi que sa rate, tous deux restant cependant encore un peu gros.

« En rapprochant cette observation de celle relevée il y a un an sur la même enfant, nous notons qu'à deux reprises les choses se sont passées comme si le traitement spécifique était le responsable de la guérison de notre malade. Nous fûmes obligé d'en conclure qu'il s'agissait bien d'une cas de fièvre syphilitique chez un hérédo-spécifique avec des lésions d'hypertrophie de la rate et du foie. »

OBSERVATION N° 2 (*Personnelle*)

L'enfant Odette R... est entrée dans le service parce qu'elle présente de la fièvre depuis une semaine.

Née à terme (3 kg. 350), l'accouchement s'est passé d'une façon normale. Elle a 18 mois, poids 9 kg. 950, taille 0,80 centimètres. Nourrie au sein jusqu'à sept mois, elle a été ensuite nourrie au lait de vache et bouillies ; elle a marché à 16 mois et commence à parler ; elle a eu sa première dent à 10 mois et il lui en manque encore huit.

Comme antécédent familial, on nous signale le fait que le père de cet enfant est atteint de laryngite tuberculeuse. Sa mère est bien portante et n'a pas fait de fausses couches.

Le passé clinique de notre petite malade est assez chargé. A 5 mois, elle a présenté de l'eczéma ; à 7 mois, elle a eu une pleurésie purulente à staphylocoque, traitée dans le service

par pleurotomie, sans résection costale. A cette époque, *une fièvre qui se prolongea* pendant deux mois, suivit l'opération. Malgré la température qui se maintint assez élevée pendant si longtemps, l'état général était satisfaisant et l'enfant put repartir en bon état. A dix mois, elle eut plusieurs otites successives.

Au moment de son entrée, le 24 février dernier, à côté de cette fièvre très élevée dont se plaint sa mère, nous avons pu remarquer que l'enfant tousse et présente du coryza. Trois jours plus tard, l'oto-rhino-laryngologiste trouve une otite gauche, puis droite avec du pus et du sang. Le 7 mars, tout semble rentré dans l'ordre, l'enfant ne tousse plus ; du côté des oreilles tout était demeuré normal, mais la fièvre persiste aux environs de 38°5, 39°.

Le nez et la gorge sont ensemencés, l'examen des urines reste négatif, rien aux poumons, pas de diarrhées ni de vomissements. Aucune recherche ne permet d'expliquer cette fièvre.

Notons tout de suite que deux cuti-réactions à la tuberculine sont restées négatives, ce qui d'ailleurs n'est pas étonnant puisque s'il est vrai que son père est tuberculeux, cette enfant n'a jamais été en contact avec lui.

Le W.-B. et le Hecht sont négatifs.

Le 15 mars (après 20 jours dans le Service l'enfant a toujours de la fièvre), une piqûre de 0 gr. 04 de sulfar est faite. Or, les 16, 17, 18 et 19 mars, date à laquelle la mère réclame son enfant, la petite Odette R... n'a pas dépassé 37°, alors que pendant 20 jours, sa température n'a jamais été inférieure à 38°.

« Il est regrettable que nous n'ayons pu continuer notre traitement, mais tout en reconnaissant que notre observation n'est pas des plus démonstratives, nous nous demandons si le fait de la chute immédiate de la température à la suite de l'injection de sulfar n'est pas en rapport avec la nature spécifique probable de cette pyrexie. autrement dit, si cette hyperthermie n'est pas une forme de fièvre syphilitique essentielle chez cette enfant. »

OBSERVATION N° 3 (*Personnelle*)

L'enfant B... Jeanne, âgée de 4 mois, entre à la Salpêtrière le 12 juillet 1934, adressée à M. Ribadeau-Dumas par le Dispensaire du Lotissement du Maroc.

L'enfant est née avant terme à 8 mois ; c'est le 12° enfant

d'une famille — écrit le médecin du Dispensaire — dont six sont morts en bas âge. L'enfant vient avec une grosse fièvre et une éruption de petites papules sur le corps. Ce sont tous les renseignements que l'on nous adresse.

A l'examen, nous trouvons un nourrisson dans une très vilaine forme, nez écrasé à sa racine, front natiforme, gros ventre. Nous constatons l'éruption de papules cuivrées, disséminées sur tout le corps. L'enfant présente en outre du coryza.

Nous faisons faire un B.-W. qui est positif. Un traitement par le Hg. et le sulfar est institué. La température, qui était à 39° à l'entrée, se met à descendre, et après la troisième piqûre de sulfar elle devient tout à fait normale. L'éruption papuleuse et le coryza disparaissent également.

Cette enfant est restée pendant trois mois dans le service. Pendant tout ce temps, elle a fait deux autres poussées de fièvre : la première, au mois d'août, avait une otite pour cause ; la seconde, au mois d'octobre. Cette dernière était due à une nouvelle poussée de syphilis (le traitement ayant été interrompu) et disparut aussitôt que fut repris le sulfar.

OBSERVATION N° 4

(Présentée à la Société de Pédiatrie (séance du 20 novembre 1923) par MM. Robert DEBRÉ, CODEY et Jean BERTRAND.)

L'enfant M... Anselme est âgé de 8 ans. Il a été amené par sa mère à l'hôpital Bretonneau, dans le service de M. le Docteur Mathieu, le 11 septembre 1923. Depuis trois mois, la mère a remarqué que lorsque l'enfant était debout la région épigastrique était bombée. Cette tuméfaction fut au début rapportée à un traumatisme, puis l'enfant fut soigné pour une dilatation gastrique ; enfin, la tuméfaction augmentant, la mère s'inquiète et vient consulter. L'enfant ne présentant aucune affection d'ordre chirurgical, est admis salle Mollard, n° 1, le 17 septembre. A l'examen, l'enfant paraît de constitution robuste. Son teint est peu coloré mais nullement subictérique. Il ne se plaint d'aucune douleur, il est gai et plein d'entrain.

L'appareil circulatoire et l'appareil respiratoire sont normaux. Il n'y a aucun trouble digestif ; ni albumine, ni sucre dans les urines. Aucun trouble du système nerveux. Aucune lésion cutanée. Les organes des sens fonctionnent parfaite-

ment. Les dents ont une implantation un peu défectueuse mais leur forme est normale. La voûte palatine est un peu ogivale. Il y a un chapelet costal, au reste assez peu marqué. Pas d'autres stigmates de rachitisme.

La palpation de la région hépatique est absolument indolore. Elle révèle une augmentation notable du volume du foie. Cette hypertrophie porte sur la totalité du viscère, mais plus particulièrement sur le lobe gauche qui occupe toute la région épigastrique où l'on sent comme une tumeur irrégulière très dure, bosselée, donnant à la main l'impression du foie ficelé. La rate est volumineuse, déborde notablement les fausses côtes et est très facilement perceptible à la palpation. Elle est percutable sur quatre travers de doigts.

L'étude du passé de cet enfant nous apprend qu'il aurait eu à l'âge de 6 ans une affection oculaire traitée par des frictions mercurielles. Il voyait, dit-il, à ce moment, moins bien de l'œil droit. Cet incident digne d'être retenu mis à part, il n'y a dans ses antécédents qu'une rougeole.

Ses antécédents héréditaires sont plus chargés. Le père, que nous n'avons pu voir, était syphilitique longtemps avant son mariage. Consciencieusement traité, dit sa femme, il ne se serait marié qu'avec l'autorisation de son médecin. La mère n'en a pas moins eu une roséole syphilitique non douteuse en 1915, alors qu'elle était enceinte de l'enfant que nous présentons, et au 7^e mois de sa grossesse, elle subit un traitement mercuriel et l'enfant naquit à terme. En 1917, elle fut de nouveau enceinte d'une petite fille actuellement bien portante, et soignée pendant toute sa grossesse d'abord au novar et ensuite, le médicament étant mal supporté, à l'huile grise. Actuellement elle a une réaction de B.-W. négative. L'examen clinique est négatif.

Devant cet ensemble de faits, nous portons le diagnostic de cirrhose hypertrophique avec splénomégalie d'origine hérédosyphilitique. Nous faisons pratiquer une réaction de B.-W. avec le sang de l'enfant. Elle est fortement positive. Le 21 septembre, nous commençons un traitement au sulfar, puis onguent napolitain, puis novar.

A noter (écrivent les auteurs) :

C'est à cause de sa température avant tout que l'enfant a été conduit à l'hôpital. De fait, depuis son entrée jusqu'à ces tout derniers jours, la température, qui oscille le matin entre 37° et 37°5, atteint le soir 38°, 38°5, 38°7, et présente les plus grandes irrégularités sans jamais se rapprocher d'une courbe

thermique normale. Cette élévation de température n'est accompagnée d'aucun autre phénomène fébrile (ni malaise, ni agitation, ni céphalée). Il nous paraît légitime de rattacher cette fébrilité à la syphilis hépatique, et de rapprocher ainsi cette observation d'hérédo-syphilis du foie, des syphilis tertiaires fébriles déjà bien connues.

Aucune autre cause ne nous paraît pouvoir expliquer la fièvre dans le cas précédent ; il n'y a notamment, ni appendicite chronique, ni adénoïdite, ni hyperthyroïdie. Sans doute, la cuti de cet enfant est positive, mais rien ne permet d'attribuer une fièvre aussi élevée à une bacillose : l'étude clinique et radiologique plaident contre cette hypothèse.

La fièvre céda après l'absorption de 1 gr. 42 d'arsénobenzol et l'administration de 12 frictions de mercure.

OBSERVATION N° 5

(H. FINKELSTEIN)

Traduction de l'édition espagnole : « Tratado de las enfermedades del niño de pecho » (*Labor*, page 445).

Il s'agit d'un enfant de 20 jours (poids : 2.400 grammes) qui entre dans la clinique sans qu'on puisse avoir des données anamnésiques. Il est hypotrophique sans autres symptômes spéciaux. Il n'y a pas d'hypertrophie de la rate. On ne remarque rien d'anormal pendant la première semaine de son séjour à l'hôpital ; les selles sont normales, l'enfant augmente de poids. Au 38^e jour de sa vie, l'enfant présente simultanément de la fièvre, légers œdèmes des jambes, coriza et une coloration jaune-brunâtre diffuse de la peau avec éruption d'un exanthème maculo-papuleux qui plus tard se généralise avec une intensité très marquée sur tout le corps. Le foie et la rate augmentent rapidement de volume, les lèvres s'infilrent, l'œdème augmente et dans l'urine on constate de l'albumine, des globules rouges et des cilindres. La réaction de Wassermann est fortement positive. L'enfant présente de la diarrhée et des vomissements. Le poids tombe rapidement en même temps que la température s'élève au-dessus de 39°, atteignant même 40°. L'enfant meurt dans son 46^e jour.

A l'autopsie on remarque que le foie a de nombreuses gomes milliaires. Infarctus de la rate. Infiltration diffuse des

reins. Ostéochondrite très marquée des épiphyses inférieures des deux fémurs. On constate en outre des suffusions hémorragiques de la muqueuse de l'estomac et du duodénum.

Les hémocultures sont négatives. Dans les sécrétions nasales on ne constate ni streptocoques ni bacilles dysphériques.

OBSERVATION N° 6

(Giuseppe VERROTTI : « La febbre da sifilide congenita » (*Policlinico*, 34 : 1027-1032, July 18, 1927). Traduction résumée.)

Enfant âgé de trois ans dont la syphilis était patente (hérédité de cette maladie depuis son grand-père). Evolution mentale retardée, non en rapport avec son âge, aspect hébétéforme, front olympien.

Il présente :

a) Fièvre à type continue-rémittente avec $37^{\circ}9-38^{\circ}$ le soir et rémissions de $37^{\circ}3-37^{\circ}4$ le matin. Durée : un an.

b) Hépatite et splénomégalie (avec état diarrhéique).

c) Réaction de B.-W. ++.

On prescrit des frictions mercurielles et tous les troubles disparurent. Au bout de deux mois le foie et la rate reviennent à l'état normal ; l'enfant commence à parler. Il a maintenant 7 ans et l'aspect d'un enfant normal.

Conclusions

La fièvre, au cours de la syphilis, existe chez l'enfant comme elle existe chez l'adulte.

Si chez ce dernier, elle peut s'observer à toutes les périodes : chancre, roséole, etc. ; chez l'enfant, ces accidents de la syphilis acquise étant peu communs, il est fatal que ce soit uniquement sur l'hérédo-syphilis que l'on rencontre les manifestations fébriles spécifiques de l'enfance.

Cette fièvre, quoique rare, n'est pas exceptionnelle.

De toutes les formes de syphilis fébriles de l'enfant, c'est celle qui accompagne les atteintes syphilitiques du foie la plus riche en observations.

Rien ne permet aujourd'hui de conclure au mécanisme pathogénique de cette fièvre.

Le diagnostic certain ne peut être établi que par le traitement d'épreuve car :

a) Les traductions cliniques de la fièvre syphilitique n'ont rien de caractéristique.

b) La réaction de B.-W. est assez souvent négative.

c) Un enfant syphilitique peut faire de la fièvre sans qu'elle soit forcément de nature spécifique.

De tout cet exposé nous croyons pouvoir tirer la *conclusion pratique* suivante :

Chez un hérédo-spécifique, dont une fièvre ne fait pas sa preuve, un traitement antisiphilitique est souvent le meilleur « antithermique ».

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LEREBOULLET

Vu et permis de l'Académie :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,
CHARLÉTY.

Bibliographie

- COURCOUX et RIBADEAU-DUMAS. — L'angiocholite syphilitique. (*Annales des Maladies vénériennes*, janv. 1908.)
- COUTEAUX. — De la fièvre syphilitique. (*Thèse*, Paris, 1871.)
- DEBRÉ. — Syphilis hépatique avec fièvre. (*Société de Pédiatrie*, 20 nov. 1923.)
- DEBRÉ, CORDAZ et BERTRAND. — Syphilis fébrile. (*Journ. des Prat.*, 22 déc. 1923.)
- E. SCHULMANN. — *Etudes cliniques de syphilographie* (Paris, 1 vol.)
- FINKELSTEIN. — « Tratado de las enfermedades del niño de pecho ». (Traduction de l'allemand. Edit. Labor, Barcelone.)
- LIOTARD. — La syphilis tertiaire fébrile. (*Thèse*, Paris, 1925.)
- MICHEL. — Contribution à l'étude des fièvres syphilitiques. (*Thèse de Lyon*, 1922-23.)
- MILIAN et MANGUIN. — Fièvre syphilitique primaire. (*Soc. Franç. de Dermatol.*)
- MIKULOWSKI. — Febrile congenital syphilis in 14 years old child. (*Urol. Cutan. Revue*, janv. 1930.)
- MORIN. — *Thèse de Paris*, 1888.
- O. CLARK. — Congenital syphilis with prolonged fever and adeposo-genital dystrophy case. (*Folha. Med.*, janv. 1927.)
- TERRIEN. — Syphilis hépatique avec fièvre. (*Soc. de Pédiatrie*, 20 nov. 1923.)
- P. VALÉRY-RADOT. — Méningite syphilitique fébrile avec coma. (*Bulletin Soc. de Pédiatrie de Paris*, janv. 1927.)
- G. VERROTTI. — La febbre da syphilide congenita. (*Policlinico*, 1927.)

